

脊柱骨折的围手术期护理

孟琴秋¹, 罗漫丽²

(1. 浙江省诸暨市中医医院, 浙江 诸暨 311800;

2. 郑州大学第一附属医院, 河南 郑州 450052)

摘要 目的:探讨脊柱骨折的围手术期护理方法。方法:2011年12月至2013年8月,采用术前心理护理、饮食护理、睡眠护理、功能锻炼,术后基础护理、疼痛护理、胃肠道护理、预防并发症护理、康复训练等措施,规范护理脊柱骨折患者50例。男37例,女13例。年龄27~58岁,中位数32岁。颈椎骨折3例,胸椎骨折12例,腰椎骨折35例。均无脊髓神经损伤症状。随访观察切口愈合、骨折愈合及并发症发生等情况,并评价疗效。结果:住院时间15~21d,中位数17d。所有患者均获随访,随访时间1~6个月,中位数3个月。切口均甲级愈合,骨折愈合情况良好,均无肺部感染、尿路感染、压疮、下肢深静脉血栓形成等并发症发生。采用JOA腰痛疾患疗效标准评价疗效,优28例、良17例、可4例、差1例。结论:良好的围手术期护理措施可以缓解脊柱骨折患者的疼痛等症状,降低肺部感染、尿路感染、压疮、下肢深静脉血栓形成等并发症的发生率,有助于促进脊柱功能恢复。

关键词 脊柱骨折 围手术期护理

脊柱骨折多由间接暴力损伤所致,容易合并脊髓神经损伤,严重时可导致患者瘫痪或死亡。2011年12月至2013年8月,我们对50例脊柱骨折患者进行了系统护理,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

本组50例,男37例,女13例;年龄27~58岁,中位数32岁;均为脊柱骨折患者,其中颈椎骨折3例、胸椎骨折12例、腰椎骨折35例。均无脊髓神经损伤症状。3例颈椎骨折者采用前路减压植骨融合钢板螺钉内固定术,47例胸、腰椎骨折者采用后路椎弓根螺钉内固定术。

2 方法

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 术前主动与患者沟通,了解其心理状态;向其介绍与手术有关的注意事项,使其积极配合治疗;介绍成功病例,帮助其树立战胜疾病的信心^[1]。焦虑情绪较严重者,指导其保持舒适体位,先采用拿法按摩其头部及上、下肢肌肉,使其身体处于放松状态;再用拇指或中指点按百会、内关、合谷、阳陵泉等穴位,每日2次,每个穴位每次按摩2min;手法由轻到重,逐渐增加力度,以患者感到酸、麻、胀、重为度。

2.1.2 饮食护理 指导患者食用富含营养且容易消化的食物,适当增加新鲜蔬菜和水果的摄入量,保持肠道通畅。术前1d禁止食用容易产气的食物。腹

胀、便秘情况较严重者,采用生大黄、槟榔和莱菔子各100g、蜣螂60g,焙干后碾为粉末,加入食用醋调成糊状,纱布包裹后贴于神阙穴,外用无菌自粘敷贴固定,每日1次;使用过程中注意观察局部有无红肿、瘙痒等不良反应。

2.1.3 睡眠护理 保持病房光线柔和、温度适宜、环境安静,尽量减少噪音污染。说明术前保持良好睡眠的重要性,加强睡眠知识宣教。术前1d夜晚,用温水擦洗患者足部,采用吴茱萸粉3g,加入食用醋调成糊状,用纱布包裹后贴于足底涌泉穴,外用无菌自粘敷贴固定;使用过程中注意观察局部有无红肿、瘙痒等不良反应。采用上述措施后,睡眠质量仍然较差者,遵医嘱应用安定等药物。

2.1.4 功能锻炼 指导患者进行深呼吸、有效咳嗽及吹气球训练,每日2组,每组10~20次。教会患者及其家属轴线翻身方法,使其翻身时保持脊柱稳定,避免术后翻身时用力不均造成不必要的损伤。术前1d进行唤醒试验训练,使患者按指令活动肢体。

2.2 术后护理

2.2.1 基础护理 术后立即进行唤醒试验^[2],麻醉清醒后询问患者双下肢感觉,了解其脊髓功能情况。去枕平卧6h,密切观察患者的各项生命体征变化。观察切口周围皮肤颜色及温度变化,重点观察引流液的颜色、质地和流量。

2.2.2 疼痛护理 向患者及其家属说明手术情况,介绍与术后疼痛有关的知识,使其端正心态,正确对

待术后疼痛。指导患者保持舒适体位,常规应用镇痛泵,并采用王不留行籽按压耳部敏感穴位止痛^[3]。使用镇痛泵后仍感疼痛者,及时检查镇痛泵用法是否正确,并报告医生处理;拔除镇痛泵后开始疼痛者,采用疼痛量表评价疼痛情况,并根据评分结果遵医嘱应用镇痛药。

2.2.3 胃肠道护理 指导患者流质饮食,少食多餐,避免食用牛奶、红糖等产气食物。肛门排气后适当增加进食量,并向普通饮食过渡,避免食用肥甘厚腻的食物,防止腹胀及便秘^[4]。术后 3 d,采用艾灸盒温灸气海穴,每日 1 次,每次 30 min,艾灸结束后沿顺时针方向按摩气海穴 3~5 min。

2.2.4 预防并发症护理 ①预防呼吸系统并发症:指导患者保持舒适体位,抬高床头 15~30°;指导其深呼吸、有效咳嗽,并给其拍背;术后 3 d 雾化吸入普米克令舒,每日 2 次,每次 1 mg。②预防尿路感染:每日常规进行 2 次尿道口护理;定时夹闭导尿管,训练膀胱功能;适当增加饮水量,保持每日饮水量 > 1 500 mL。③预防压疮:使用气垫床,保持患者身体及被褥清洁;术后 7 d,每日评估 1 次受压部位皮肤情况;协助患者定时轴线翻身,并建立翻身记录表,准确记录患者翻身情况。④预防下肢深静脉血栓形成:术后麻醉清醒后由跟腱向上按摩下肢肌肉,重点按摩腓肠肌和比目鱼肌,每日 2 次,每次 10 min;术后 1 d,适度活动下肢肌肉及关节,并进行踝泵运动,每日 3 组,每组 15 次;常规使用间歇式充气压力泵,每日 2 次,每次 30 min。

2.2.5 康复训练 向患者及家属说明术后进行康复训练的重要性,指导患者佩戴颈托或腰围循序渐进增加活动量。术后 1 d 进行股四头肌等长收缩训练,并被动活动四肢关节。术后 2 d 进行直腿抬高训练。术后 3 周采用“五点支撑法”和“三点支撑法”进行腰背肌功能锻炼,增强脊柱的稳定性^[5]。术后 4 周开始练习下地行走。上述各项训练均以不引起患者疼痛为度。

2.3 出院指导 指导患者术后佩戴颈托或腰围 3~6 个月。保持正确的站立和行走姿势,避免颈部或腰部负重行走。下蹲时尽量保持腰背部平直,用弯曲膝部代替弯曲腰部。注意劳逸结合,加强腰背肌功能锻炼。术后 6 个月来院复查。

3 结果

住院时间 15~21 d,中位数 17 d。所有患者均获随访,随访时间 1~6 个月,中位数 3 个月。切口均甲级愈合,骨折愈合情况良好,均无肺部感染、尿路感染、压疮、下肢深静脉血栓形成等并发症发生。采用 JOA 腰痛疾患疗效标准^[6]评价疗效:优 28 例,良 17 例,可 4 例,差 1 例。

4 小结

脊柱骨折临床较为常见,多采用手术方法治疗,规范的围手术期护理措施不仅可以提高疗效,而且可以降低并发症的发生率。由于骤然遭受创伤,多数患者存在焦虑、恐惧、抑郁等不良情绪,不利于治疗,因此应做好其心理工作,使其保持良好心态,积极配合治疗。穴位按摩是中医疗法中的一种,通过对身体局部的刺激,起到疏通经络、行气活血的作用^[7];术前对焦虑情绪较严重的患者进行穴位按摩,可以使其精神放松,能够有效缓解其焦虑情绪。术前保持肠道通畅,有利于手术顺利进行,对于腹胀、便秘较严重的患者,可采用生大黄、槟榔、莱菔子及蜣螂焙干为粉,贴敷神阙穴,以便达到理气通便的目的。术前还应重视患者的睡眠护理,可采用吴茱萸粉贴敷涌泉穴,起到宁心安神的作用,从而改善其睡眠质量。术后腹胀及便秘情况较严重者,可采用艾灸盒温灸气海穴,以便振奋全身阳气,促进胃肠道功能恢复,减轻症状。

5 参考文献

- [1] 盛天云,朱彩香. 经椎间孔单枚融合器与椎弓根钉治疗腰椎滑脱症的护理体会[J]. 中医正骨,2012,24(11):74-75.
- [2] 沈慧勇,黄东生,刘尚礼,等. 脊柱侧凸矫正术中的神经损伤并发症[J]. 中华骨科杂志,1998,18(6):329-331.
- [3] 刘晓艳,吕明. 中华中医点穴探讨[J]. 陕西中医,2009,30(9):1216-1217.
- [4] 居红飞,傅斌. 脊柱结核 51 例手术治疗与临床护理体会[J]. 实用临床医药杂志,2009,5(22):54-56.
- [5] 黄莉. 腰椎间盘突出症臭氧治疗围手术期中西医结合护理体会[J]. 按摩与康复医学:上旬刊,2011,2(12):79-80.
- [6] 金大地. 现代脊柱外科手术学[M]. 北京:人民军医出版社,2001:386.
- [7] 王春风. 58 例脊柱骨折患者围手术期护理体会[J]. 中国当代医药,2009,16(4):72.

(2013-11-27 收稿 2013-12-25 修回)